

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Raymond-Jean BOURSAUS

Né le 4 Février 1908, à SEICHES-SUR-LE-LOIR (Maine-et-Loire)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LE CHANCRE SYPHILITIQUE DU VAGIN

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Raymond-Jean BOURSAUS

Né le 4 Février 1908, à SEICHES-SUR-LE-LOIR (Maine-et-Loire)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

LE CHANCRE SYPHILITIQUE
DU VAGIN

Président : M. GOUGEROT, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 N...
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIER.
 MARION.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCOQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLARET.
 BEZANÇON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 CROUZON.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Et. . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 DOGNON Physique.
 FUNCK-
 BRENTANO Pathologie chirurgicale.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHTER	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LEROUX	Anatomie pathologique
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CPABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ ...	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552009_0002

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA SŒUR ET A MON FRÈRE

A MA TANTE MARIE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI GOUGEROT

Professeur de clinique des maladies cutanées

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.

Nous lui exprimons ici toute no-
tre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

PAUL CHEVALLIER

Médecin de l'Hôpital Cochin

Qui a bien voulu nous inspirer
le sujet de cette thèse.

Nous ne saurions trop le remer-
cier de tout ce que nous lui devons.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Introduction

Nous avons observé, ces derniers temps, un chancre syphilitique des parois vaginales dans le service de M. le Professeur agrégé Chevallier; sachant qu'une telle localisation de l'accident primaire est considérée généralement comme rare et ne nous souvenant d'ailleurs en avoir vu qu'un autre cas au cours de notre année d'externat, en 1933, dans ce même service, nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant, à la lumière des travaux que nous pourrions rassembler dans la littérature médicale, d'essayer de faire une mise au point des questions d'étiologie et de pathogénie de cet accident, ensuite d'en brosser un tableau clinique plus complet que celui que l'on trouve dans les ouvrages classiques, enfin d'en tirer des conclusions d'ordre pratique.

Nous avons donc demandé au Professeur Chevallier d'en faire le sujet de notre thèse; il nous a donné toutes facilités pour étudier les observations de chancre syphilitique du vagin prises dans son service. Nous tenons ici à le remercier pour la bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner et pour l'année d'externat que nous avons faite dans son service et qui a été pour nous particulièrement fructueuse, grâce à ses conseils et à son enseignement.

Nous n'avons donné place dans ce travail qu'aux chancres du vagin proprement dits, éliminant les chancres de l'orifice vaginal, qui ne sont que des chancres vulvaires profonds et dont la fréquence est reconnue. Cette étude est divisée en cinq chapitres:

Dans le premier nous rappellerons l'historique du chancre du vagin et montrerons les divergences actuelles des opinions en ce qui concerne la fréquence de cet accident.

Dans le deuxième nous traiterons assez longuement de la pathogénie et de l'étiologie, et essayerons d'expliquer à quoi sont dues ces divergences.

Le troisième chapitre sera réservé à la description des observations que nous avons recueillies: les trois premières sont inédites et viennent du service du Professeur Chevallier, la quatrième est une observation publiée par Drouet, la cinquième par Spillmann, la sixième par Villard et Gaté, les huit dernières sont les résumés d'observations dues à Joulia et décrites dans la thèse de son élève Arnould.

Nous ferons, dans le quatrième chapitre, l'étude clinique du chancre vaginal en terminant par quelques formes cliniques intéressantes.

Enfin, dans le cinquième chapitre, nous en étudierons le diagnostic.

Historique

C'est en 1832 que Ricord se servit du speculum pour l'examen des affections vénériennes et c'est de cette époque que datent nos premières connaissances sur les ulcérations du vagin d'origine vénérienne, car antérieurement à l'emploi du speculum, « l'examen, dit Ricord, ne pouvait avoir lieu sur un grand nombre, par la disposition des parties, que jusqu'au niveau des caroncules myrtiformes, et, chez les autres, seulement un peu au-dessous d'elles, en sorte que, de cette manière, plus de la moitié supérieure du vagin et le col de l'utérus échappaient à cette investigation qui, au jour de la sortie, allait souvent faire accorder à tort un certificat de santé ».

A cette époque d'ailleurs on confondait le chancre mou avec le chancre syphilitique. La dualité de ces chancres n'a été démontrée qu'à partir de 1852, par Nollet, par Bassereau, et n'a guère été admise de façon générale que vers 1865.

Tous les anciens auteurs s'accordent à reconnaître l'excessive rareté du chancre du vagin; nombreux sont ceux qui mettent même en doute son existence: en 1860, Cullerier écrit dans son précis iconographique des maladies vénériennes: « le chancre du vagin est rare; celui du col l'est beaucoup moins ».

En 1865, Lancereaux, au sujet des différentes localisations de l'accident primitif dit que: « rarement cet accident s'est rencontré sur les parois du vagin. Le vagin est rarement affecté dans les diverses périodes de la syphilis; jusqu'ici du moins on connaît peu d'altérations de ce conduit auxquelles il soit possible d'attribuer sûrement une origine syphilitique ».

En 1875, dans son *Traité des maladies vénériennes*, Jullien précise: « sur le vagin, au delà de l'anneau vulvaire, qui en marque la limite inférieure, rien de plus rare que les lésions syphilitiques, je dirais même rien de plus problématique », et il constate: « la singulière immunité du vagin, plus marquée encore pour le chancre huntérien que pour le chancre simple ».

En 1879, Cornil, dans ses leçons sur la syphilis, estime « qu'il est douteux qu'on ait jamais observé un seul chancre infectant du vagin ».

De Sinety, à cette même époque, écrit dans son *Manuel pratique de Gynécologie*: « les manifestations de la syphilis sont peu fréquentes sur le vagin. Le chancre y est tout à fait exceptionnel, quand il existe c'est surtout vers la région vulvaire ou vulvo-vaginale et alors la lésion est aussi bien vulvaire que vaginale ».

Fournier, dans son *traité de la syphilis*, dit que les chancres du vagin sont tellement rares qu'on ne saurait en déterminer exactement la symptomatologie. Sur 249 chancres des organes génitaux, il n'en relate

qu'un seul occupant la paroi inférieure du vagin et encore le considère-t-il comme douteux.

En 1881, Gardillon, dans sa thèse, en rapporte 4 observations, dont 2 proviennent du service de Martineau: sur 128 cas de chancres infectés observés de 1876 à 1880, dans son service, Martineau ne relève que ces 2 cas de chancres des parois vaginales.

En 1911, Hallopeau et Fouquet écrivent dans leur traité de la syphilis: « Les chancres de l'entrée du vagin ne sont pas rares, quant aux chancres profonds de la cavité du vagin ils sont très exceptionnels ».

En 1914, Bobrie, de La Rochelle, dans une statistique portant sur deux ans et comprenant 1.182 malades du service du Professeur Gaucher, atteints de syphilis primaire, ne relève que 4 cas de chancres des parois vaginales.

Cependant, en désaccord avec toutes ces statistiques et ces opinions autorisées, Rille, en 1896, rapporte 21 cas de chancres syphilitiques du vagin, dont 18 auraient été observés par lui-même à Vienne en l'espace de deux ans. Mais il faut faire cette réserve que le diagnostic, à cette époque, n'a pu être établi ni sur la recherche du tréponème, ni sur la sérologie, et remarquer avec Nielsen qu'il n'a pas davantage « été éclairé par l'observation de l'évolution ultérieure de la maladie ».

D'autre part, depuis la guerre, le nombre des cas publiés a augmenté dans de grandes proportions, mais la plupart des auteurs, publiant des observations

isolées, insistent encore sur la rareté de tels accidents:

C'est ainsi que Courtade, en 1917, en publie un cas dans les Annales des maladies vénériennes.

Cavagnès, en 1919, en publie un autre dans les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Nielsen, de Copenhague, décrit un cas dans la Semaine Dermatologique de Leipzig.

Jeanselme observe un chancre du fond du vagin dont il donne la photographie dans son Traité de la syphilis.

Rudloff rapporte le cas d'un chancre vaginal co-existant avec 3 chancres des organes génitaux externes.

Haack signale un accident primitif, développé sur la cicatrice d'une incision faite pour abcès du cul-de-sac de Douglas.

Meynet, de Nice, en rapporte un cas en 1922.

Lhuillier, dans sa Thèse de Paris, en 1923, cite deux observations inédites de Nantes, mais ne craint pas d'affirmer: « Le chancre des parois vaginales, malgré l'augmentation des cas de syphilis, demeure encore aujourd'hui une affection exceptionnelle, aussi rare qu'elle le fut du temps de Fournier ».

Drouet, en 1924; Spillmann, en 1926; Villard et Gaté, en 1931, publient des observations complètes que nous rapporterons. Drouet nous dit: « La localisation à la muqueuse vaginale de l'accident primaire de la syphilis est chose rare », et Spillmann: « La localisation de l'accident primaire à la muqueuse vagi-

nale constitue une véritable rareté clinique ». Telle est aussi l'opinion de Lacassagne et Charpy, qui en citent un cas en 1931.

La rareté de l'accident primaire du vagin est donc une notion classique, admise presque comme un dogme par la plupart des auteurs depuis Fournier.

Sézary et Georges Lévy, dans une étude sur le chancre syphilitique du vagin et sa pathogénie, parue dans la Revue de Médecine en 1933, commencent ainsi: « Le chancre syphilitique du vagin constitue une véritable rareté, si toutefois on élimine le chancre de la portion juxta-vulvaire », et plus loin écrivent: « Le chancre syphilitique du vagin n'est pas aussi exceptionnel qu'on l'a dit, mais il est certainement rare et notre pratique hospitalière nous confirme cette rareté ».

Cependant, depuis quelques années, certains auteurs se sont élevés avec force contre de telles affirmations en s'appuyant sur des statistiques précises, ne faisant pas état de séries heureuses, mais portant sur plusieurs années, ne relatant que des cas dont le diagnostic clinique a été confirmé par l'examen ultra-microscopique le plus souvent ou par la sérologie, et éliminant les chancres de l'entrée du vagin, pour ne tenir compte que des chancres des parois.

De nouveau, en 1929, Rille, dans un long mémoire, insiste sur la relative fréquence des accidents primaires du vagin et apporte de nouvelles observations.

R. Lakaye, en 1931, dans les Annales des maladies

vénériennes, sur 173 cas de chancres génitaux constatés à l'hôpital des Récollets de Liège, de mai 1917 à janvier 1931, chez des prostituées, note une proportion de 9 % de chancres des parois vaginales et conclut en disant: « que le chancre syphilitique du vagin n'est pas, comme on l'a cru jusqu'à présent, une rareté, qu'il est aussi fréquent que le chancre du col utérin, qu'il doit être recherché systématiquement chez les femmes suspectes de contamination syphilitique et tout spécialement lors des visites des femmes prostituées ».

Laurent, de Saint-Etienne (In Thèse de Minaire, Lyon, 1932), trouve une proportion de 12,50 %.

Le professeur agrégé Joulia, sur 80 chancres génitaux et extragénitaux, chez des prostituées, observés de 1927 à fin mai 1935, à l'Hôpital de Salubrité de Bordeaux, relève 9 accidents primitifs du vagin, soit une proportion de 11,25 %, et l'une de ses conclusions à une conférence faite aux Journées prophylactiques de Bordeaux, en juin 1935, est la suivante: « Les chancres du col et des parois vaginales chez la prostituée sont infiniment plus fréquents qu'on ne l'admet en général. Nous estimons qu'ils se montrent aussi fréquents que les accidents primitifs des organes génitaux externes ».

En résumé il résulte de cet historique que le chancre du vagin, considéré comme exceptionnel ou même nié par les anciens auteurs, est encore actuellement, par la plupart, considéré sinon comme exceptionnel, du moins comme rare, alors que d'autres,

au contraire, le tiennent pour relativement fréquent.

Comment expliquer ces divergences d'opinions et de statistiques ? C'est ce que nous allons essayer de faire en précisant la pathogénie et l'étiologie du syphilome primaire du vagin.

Pathogénie et étiologie

Voyons d'abord quelles explications donnent les auteurs convaincus de la rareté de l'existence du chancre vaginal:

Fournier, essayant de résoudre la question, écrivait: « Cela n'est-il pas extraordinaire? Il semblerait qu'en raison de sa forme, de son étendue, de ses fonctions, le vagin dût être très fréquemment affecté par le chancre: en raison de sa forme, qui est celle d'un cylindre rétréci dans sa portion inférieure et évasé supérieurement de façon à constituer une ampoule qui favorise la stagnation des liquides; en raison de son étendue qui est considérable: dépliée, sa muqueuse offrirait une surface dix fois supérieure à celle de la vulve; en raison enfin surtout de ses fonctions: n'est-ce pas lui qui embrasse la verge dans l'acte sexuel et qui, à ce moment, se trouve en contact immédiat avec les parties qui, chez l'homme, sont le siège le plus habituel des lésions contagieuses? à tous ces titres ce serait lui qui, le plus rationnellement, devrait recevoir le plus fréquemment la contagion. Eh bien! chose bizarre, c'est lui qui la reçoit le plus rarement. Quel est le secret de cette étonnante immunité? Faut-il la rapporter à quelque

condition anatomique, telle que la résistance de la muqueuse vaginale, laquelle est formée d'un tissu conjonctif très dense, très riche en fibres élastiques et doublé en outre d'un épithélium très épais? Faut-il l'attribuer à ce que le vagin est moins exposé aux froissements et aux déchirures que la vulve et le détroit vulvaire? Peut-on supposer encore que les liquides de provenance utérine ou vaginale qui baignent habituellement cet organe constituent pour lui un enduit protecteur, ou bien que les sécrétions de l'acte sexuel contribuent, par elles-mêmes, à débayer le vagin des produits virulents qu'elles entraînent vers la vulve? Tout cela est bien hypothétique en vérité, mais il y a une particularité des plus curieuses que je signale à votre attention: c'est la fréquence des chancres du col, comparée à l'excessive rareté des chancres du vagin. L'explication de cette différence nous manque, mais le fait n'en est pas moins réel ».

Une hypothèse, plusieurs fois soutenue, fut celle de Cornil, mettant en cause l'absence absolue de tout orifice glandulaire sur toute la surface du vagin. Elle fut reprise par Neumann, puis en 1920 par Belgodère, qui fait ressortir à nouveau la fréquence des chancres du col comparée à l'excessive rareté des chancres du vagin, essaie de démontrer que le tréponème infecte les muqueuses en pénétrant surtout par les canaux excréteurs des glandes, et conclut ainsi: « N'est-il pas démonstratif le rapprochement de ces deux faits: pas de glandes dans la muqueuse vagi-

nale, pas de chancres de la paroi du vagin? Et cependant la muqueuse vaginale n'est ni moins exposée à la contamination, ni moins vulnérable aux agents pathogènes, ni moins sujette aux effractions traumatiques ou pathologiques ».

Si l'existence des glandes est, en effet, contestée par la plupart des anatomistes, par contre Luschka et Lebedeff admettent leur existence en petit nombre sur la voûte vaginale et sur les côtés de l'orifice vestibulaire, et Branca dit qu'on peut trouver aux deux extrémités du vagin, dans certains cas anormaux, des glandes qui seraient, en haut des glandes utérines, et en bas des glandes erratiques, glandes vulvo-vaginales. Mais on ne rencontre jamais de glandes sur la partie médiane du vagin, et cependant il existe des chancres de cette région ; cette explication semble donc devoir être rejetée.

Selon Glück les sécrétions infectantes de la verge seraient retenues à la vulve avant même l'intromission du pénis dans le vagin, elles ne pourraient donc parvenir jusqu'à lui. Cette explication est peu plausible, car si les lésions de la verge ont été détergées à leur passage dans la vulve, le tréponème n'en pullule certainement que davantage à leur surface.

On a enfin, pour expliquer la rareté des chancres du vagin, émis l'hypothèse que les tréponèmes étaient rapidement tués par le mucus acide :

Déjà en 1900 cette action bienfaisante de l'aci-

dité a été invoquée par Barbiani; chez une femme qui avait un chancre du vagin il nota que la cavité vaginale était nettement alcaline par suite d'une lésion inflammatoire.

Les recherches expérimentales de Klemperer et Weissmann, de Marinesco et Gregoresco, publiées en 1929, confirment cette hypothèse.

Dans deux communications à la Société de Dermatologie en 1933, Levaditi et Vaismann d'une part, Lépinay et Lafforêt de l'autre, ont établi que des tréponèmes introduits dans la cavité vaginale perdent rapidement leur virulence. Ces auteurs injectent dans le vagin de femmes syphilitiques, mais exemptes d'accidents syphilitiques actuels, 10 cc. d'une émulsion riche en germes. Ils ont constaté que les tréponèmes sont visibles, mobiles et virulents une heure encore après leur introduction; mais dès la deuxième heure, d'après Levaditi et Vaismann, dès la troisième heure, d'après Lépinay et Lafforêt, les spirilles ne sont plus décelables et la sécrétion vaginale a perdu sa virulence initiale.

De ces faits les expérimentateurs concluent que « la sécrétion vaginale des femmes à antécédents spécifiques paraît donc exercer une action virulicide manifeste à l'égard des virus syphilitiques ».

Cette destruction des germes est due, pour la majorité des auteurs, à la présence normale de l'acide lactique dans le vagin.

Schultheiss a montré que l'acidité du vagin diminue quand la flore microbienne est plus abondante.

Au contraire, pendant la grossesse où la flore bactérienne est particulièrement réduite, il y a augmentation d'acide lactique du vagin.

Les recherches expérimentales sur l'influence des milieux acides du vagin à l'égard de la vitalité des tréponèmes ont été reprises par Sézary, G. Lévy et Le Breus, et d'autre part par Touraine, E. Lortat-Jacob et Ch. Ribadeau-Dumas. Les unes comme les autres ces recherches concluent à une acidité vaginale manifeste et à une action virulicide de cette acidité. Les auteurs estiment que cette acidité est capable sinon de détruire instantanément le tréponème, du moins de nuire assez rapidement à sa vitalité. Mais eux-mêmes élèvent certaines objections auxquelles ils ne peuvent répondre qu'en invoquant d'autres facteurs pathogéniques.

Les recherches de Touraine et de ses collaborateurs donnent le maximum d'acidité pour la face interne des petites lèvres, dont le pH est en général de 5,2 à 5,4 contre 5,4 à 5,8 dans le vagin, et 5,8 à 6,2 sur le museau de tanche; cette acidité irait donc en décroissant de la vulve à l'ostium utérin, par contre deux zones se sont montrées systématiquement alcalines: l'orifice du col utérin de 7 à 7,4 et l'orifice des glandes de Bartholin.

Comment expliquer alors que ces régions de la muqueuse génitale comme la vulve, qui sont également acides, n'en soient pas moins le siège fréquent de chancres syphilitiques? A cette objection majeure, Sézary et ses collaborateurs répondent: « De multi-

ples causes favorisent l'inoculation du tréponème à la vulve, causes qui n'existent pas dans le vagin. Sans parler des lavages ou des savonnages qui, précédant le coït, neutralisent l'acidité locale, la sécrétion des glandes de Bartholin est le plus souvent alcaline et le liquide qu'excrètent les glandes avant et pendant le coït, c'est-à-dire au moment où peut se faire la contamination par le tréponème, neutralise l'acidité totale, ce qui prive la vulve de ce moyen de défense. De plus il existe sur la vulve de nombreuses glandes sébacées dont les ostiums sont des points faibles pour la protection de la peau. Par contre, nous avons déjà dit que, sur le vagin, il n'existe que de très rares glandes. Enfin les lésions traumatiques ou inflammatoires sont plus fréquentes à la vulve qu'au vagin. Ces érosions ont une réaction alcaline, ce qui favorise encore l'inoculation du tréponème. Ainsi donc les moyens de défense naturels du vagin contre l'infection tréponémique sont plus puissants et surtout moins neutralisés par d'autres facteurs que ceux de la vulve. Celle-ci a par ailleurs des points faibles où le spirille est plus facilement inoculé. C'est ce qui, à notre avis, explique la plus grande fréquence des chancres de la vulve par rapport à ceux du vagin. Le conduit génital est peu vulnérable non seulement à cause de sa constitution anatomique et de son acidité, qui n'est pas neutralisée, mais encore parce qu'il n'a pas les défauts de la cuirasse que nous avons signalés sur la vulve ».

Avec Joulia nous pouvons opposer à l'explication

de la rareté du chancre vaginal par l'acidité de ce conduit une nouvelle objection: le milieu faiblement acide du vagin permet aux spirochètes de demeurer vivants dans la cavité vaginale pendant une à deux heures après leur dépôt et ce temps est largement suffisant pour créer l'infection.

En conclusion la théorie de l'acidité vaginale ne semble pas pouvoir, tout au moins à elle seule, expliquer la rareté du chancre du vagin. Si l'on veut admettre que le vagin, suivant le mot de Gardillon, est « un mauvais terrain pour la graine chancreuse », ce serait bien plutôt à l'ensemble de plusieurs conditions qu'il le devrait: rareté des orifices glandulaires, acidité du milieu, laxité particulière qui n'est pas favorable aux érosions traumatiques.

Mais alors si le chancre vaginal est une rareté, comment expliquer que plusieurs auteurs, s'appuyant sur des statistiques établies avec toute la rigueur scientifique voulue, le tiennent, au contraire, pour relativement fréquent?

C'est que d'abord toutes ces statistiques, celles de Rille, de Lakaye, de Laurent, de Joulia ne portent que sur des prostituées. Et, comme le fait remarquer Joulia, la pathologie du vagin chez les prostituées est différente de celle des autres femmes: les frictions du vagin avec du savon avant les rapports neutralisent la sécrétion acide, peuvent même, à la longue, déterminer l'exfoliation de l'épithélium; nombreuses sont chez elles les causes qui contribuent à irriter

la muqueuse vaginale, à créer des portes d'entrée: excoriations produites par le frottement ou encore par des coups d'ongle, par le port d'un condom, l'usage d'antiseptiques irritants ou l'inflammation produite par une métrite-vaginite.

Les principales causes qui ont été invoquées pour expliquer la rareté du chancre du vagin ne se retrouvent donc plus chez la prostituée, et la localisation profonde de l'accident primitif se trouve ainsi chez elle favorisée.

Mais il est une autre raison et une raison majeure qui contribue pour une grande part à cette plus grande fréquence du chancre du vagin chez les prostituées, du moins chez les prostituées officielles, c'est ainsi que l'écrit Joulia: « Que ces femmes sont astreintes à des visites régulières, hebdomadaires ou bi-hebdomadaires, passées par des médecins spécialistes avertis. C'est grâce à l'examen systématique pratiqué avec minutie que les accidents primitifs sont dépistés, alors que chez la femme appartenant à une autre catégorie sociale, voire même chez la prostituée clandestine, ils seraient passés inaperçus. L'affection n'aurait été reconnue qu'au moment de l'apparition des accidents secondaires ».

Ces dernières considérations nous conduisent tout naturellement à nous demander si chez les autres femmes la rareté du chancre du vagin n'est pas plus apparente que réelle?

Quelles sont donc les causes qui font que le chancre du vagin passerait souvent inaperçu?

C'est d'abord, comme nous le verrons au cours des observations que nous rapportons, que la symptomatologie fonctionnelle est très souvent fort réduite ou même absente: la douleur est exceptionnelle, les pertes striées de sang sont rares. La femme, si elle n'a pas de raisons sérieuses de redouter une contamination, n'a pas son attention mise en éveil et la syphilis ne sera diagnostiquée que lorsque apparaîtront les accidents secondaires.

C'est ensuite que ces chancres sont très souvent masqués aux regards au cours d'un examen trop hâtivement pratiqué. C'était déjà l'opinion de Courtade qui, en 1917, écrivait: « Je suis tenté de croire que si les ulcérations syphilitiques du vagin sont rares c'est qu'elles échappent à un examen rapide, souvent trop sommaire, ou bien que l'éclairage est insuffisant ou défectueux ».

Au toucher le chancre peut ne pas être reconnu, il est souvent de petites dimensions, l'induration étant parfois absente ou se dessinant mal est fort délicate à apprécier; de plus, comme le fait remarquer Jeanselme, comme la muqueuse est lâche et très humide en cet endroit, les chancres fuient et glissent littéralement sous les doigts.

Au cours de l'examen au speculum la recherche est souvent difficile, le chancre pouvant être caché dans un repli de la muqueuse, les valves du speculum pouvant masquer l'ulcération.

Nous en donnerons pour preuves deux exemples: Le premier est une observation de Spillmann: il

s'agit d'une prostituée atteinte de roséole avec sérologie positive, le chancre avait passé inaperçu, mais en faisant pivoter son speculum l'auteur constate au voisinage du col deux érosions indurées siégeant l'une sur la paroi antérieure du vagin et l'autre sur la paroi postérieure. Ces deux érosions indolores, qui n'étaient autres que deux chancres muqueux vaginaux, avaient été masquées au cours des examens par les valves du speculum qui venaient exactement s'appliquer contre elles. Les cas de ce genre prouvent, dit l'auteur, qu'il ne faut pas se contenter, au cours d'un examen génital au speculum, de laisser l'instrument dans une position unique. Il faut être sûr, en le faisant pivoter sur lui-même, de démasquer successivement toute l'étendue des parois vaginales.

Le second est rapporté par E. Lortat-Jacob dans le Journal de Médecine des Praticiens :

« La malade n° ..., prostituée, consulte à la clinique de la Faculté le 3 mars 1934 pour une ulcération du vagin, datant de quelques jours. Malgré un examen attentif de la cavité vaginale à l'aide d'un speculum (d'autant plus attentif que nous étions prévenus), il nous a été impossible d'apercevoir la moindre altération de la paroi vaginale. Il nous a fallu l'insistance énergique de la malade (avertie de ces choses) pour vouloir voir ce qu'elle prétendait sentir, et ce n'est qu'après avoir effectivement repéré avec le doigt une ulcération arrondie, indurée, qu'il nous a été permis d'apercevoir avec beaucoup de difficultés sur la paroi inférieure, en arrière d'un repli de la muqueuse, plutôt que voir cet accident primitif riche en tréponèmes. Le fait est intéressant. Il

montre que chez une malade non éduquée, « sans conscience professionnelle », il nous aurait été impossible de découvrir, au cours d'un simple examen systématique de la cavité vaginale, cet accident primitif. N'en est-il pas souvent ainsi ? »

Ainsi donc, si même lors d'un examen soigneux le chancre peut ne pas être reconnu, combien à plus forte raison pourra-t-il passer inaperçu au cours d'un examen sommaire, et nous rapporterons ici les paroles de Joulia: « Beaucoup de médecins pensent qu'il est suffisant, en ce qui concerne le dépistage des accidents primitifs, de porter toute leur attention sur l'examen de la cavité buccale, des replis des organes génitaux externes et de la marge de l'anüs. Le speculum n'est employé que pour s'assurer qu'il n'existe pas de lésions de vaginite ou de métrite cervicale, tant il est classique de dire que les organes génitaux profonds sont très exceptionnellement le siège d'accidents primitifs ».

Combien d'autres ayant découvert un chancre des organes génitaux externes et reconnu ainsi une porte d'entrée de la syphilis, ne penseront pas à aller examiner les parois vaginales; or nous verrons que le chancre du vagin s'accompagne fréquemment de chancres des organes génitaux externes.

Enfin si le diagnostic de syphilis n'est fait qu'au moment de l'apparition des accidents secondaires, ce qui n'est que trop fréquent, le diagnostic rétrospectif d'un chancre vaginal devient, à cette date, dans un grand nombre de cas, extrêmement malaisé, car

ainsi que l'écrivaient, en 1916, Gelhorm et Ehrenfert, dans les Annales des Maladies vénériennes: « De l'absence de symptômes définis tels que la douleur ou l'écoulement vaginal et du peu de signification que présentent les cicatrices consécutives, résulte, dans un grand nombre de cas, l'erreur ou l'inhabileté à établir un diagnostic exact de cette lésion... Le signe typique de la sclérose d'une membrane muqueuse, c'est-à-dire le caractère parcheminé, ne dure, comme règle, que très peu de temps. Dans les circonstances ordinaires, la restitutio ad integrum ayant lieu au bout de deux semaines, le diagnostic rétrospectif est pour ainsi dire impossible ».

On est donc en droit de se demander si le chancre du vagin non reconnu ne permet pas d'expliquer un certain nombre des cas où l'infection n'est reconnue qu'au moment des manifestations secondaires.

En effet le chancre demeure ignoré bien plus souvent chez la femme que chez l'homme, et plus souvent chez la femme ordinaire que chez la prostituée officielle. Fournier estimait que le chancre demeurerait ignoré dans la proportion de 30 % chez la femme, de 11 % seulement chez l'homme. D'après Joulia ces chiffres constitueraient un minimum; il a constaté qu'à Bordeaux les femmes, mères de famille, ouvrières, employées, certaines d'entre elles se livrant d'ailleurs plus ou moins à la prostitution clandestine, viennent au dispensaire en période floride dans la proportion de 74,3 %, proportion qui atteint encore

le chiffre considérable de 42,8 % pour les prostituées officielles.

Mais, quoi qu'il en soit, le chancre méconnu, qu'il soit vaginal ou ait un autre siège, ne saurait expliquer tous ces cas et il faut faire une place aux syphilis sans chancre avec ou sans bubon, dont la fréquence serait au moins de 10 %.

Pour terminer nous citerons le pourcentage des chancres des parois vaginales comparé à celui des chancres du col dans les principales statistiques:

Fournier: chancre des parois vaginales, 1 cas douteux sur 249; chancres du col, 5 %.

Lakaye: chancres des parois vaginales, 9 %; chancres du col, 9 %.

Laurent: chancres des parois vaginales, 12,5 %; chancres du col, 41,66 %.

Joulia: chancres des parois vaginales, 11,25 %; chancres du col, 38,75 %.

On voit que, mise à part la statistique de Lakaye, les chancres des parois vaginales y sont beaucoup moins nombreux que ceux du col utérin.

Nous concluons ce chapitre en disant que le chancre des parois vaginales, sans être aussi fréquent que le chancre du col, est cependant relativement fréquent chez la prostituée; qu'il est plus rare chez les autres femmes, et aussi plus souvent méconnu; qu'il peut expliquer un certain nombre de syphilis découvertes seulement à la période secondaire.

Observations

OBSERVATION I

(inédite)

Service du Professeur agrégé P. CHEVALLIER,
à l'Hôpital Cochin

*Chancre du vagin légèrement ulcéreux avec induration
légère et adénopathie inguinale.*

P. M., 25 ans, couturière, est hospitalisée le 10 octobre 1933; on constate une adénopathie inguinale droite constituée par un gros ganglion du volume d'une amande, accompagné d'autres ganglions plus petits et comme lui durs, mobiles et indolores. L'examen au speculum montre sur la paroi inférieure du vagin, dans le tiers postérieur, une ulcération de la dimension d'une pièce de un franc, à bords réguliers, n'entamant que superficiellement la muqueuse, à fond rougeâtre avec une base à induration légèrement cartonnée.

Le 11 octobre, apparition d'une roséole sur la poitrine et l'abdomen; l'ultra microscope ne décèle pas de tréponèmes; les réactions sérologiques sont les suivantes: Hecht + + +, Wassermann avec extrait simple + + +, avec extrait cholestériné + + +; Flocculation méthode Vernes 15, méthode Kahn + + +.

Les 11, 12 et 13 octobre, injection de 90 centigrammes de novarsénobenzol; puis à partir du 16 octobre, injection de Bivotol tous les deux jours.

Le 28 octobre, il n'y a plus aucune trace du chancre vaginal; l'adénopathie est encore perceptible.

OBSERVATION II

(inédite)

Service du Professeur agrégé P. CHEVALLIER,
à l'Hôpital Cochin

*Chancre du vagin ulcéreux avec induration ferme,
sans adénopathie inguinale.*

D. M., 21 ans, sans profession, vient consulter le 28 août 1935, parce qu'elle a constaté, il y a 5 ou 6 jours, un léger saignement vaginal et hier une ulcération dans le vagin. On ne trouve aucune adénopathie inguinale. Avec le speculum on voit, sur la paroi inférieure du vagin, du côté droit, à quatre centimètres de l'orifice vulvaire, une ulcération ovalaire à grand axe antéro postérieur, d'environ 2 cm. 5 de long sur 2 cm. de large, nettement creusée en profondeur, à fond grisâtre et dont la base a une induration ferme.

L'examen ultra-microscopique ne montre pas de tréponèmes, mais il y a eu une injection antiseptique récente ; les réactions de Wassermann, Hecht, Kahn et Vernes sont fortement positives.

La malade n'est pas revenue se faire traiter.

OBSERVATION III

(inédite)

Service du Professeur agrégé P. CHEVALLIER,
à l'Hôpital Cochin

Chancre du vagin légèrement ulcéreux avec induration cartonnée. — Chancre de la partie supérieure de la face interne de la cuisse gauche. — Adénopathie inguinale gauche.

B. E., 26 ans, prostituée, est hospitalisée le 12 novembre 1937 ; depuis trois semaines elle a une ulcération arrondie à la partie supérieure de la face interne de la

cuisse gauche ; cette ulcération a débuté par une petite pustulette blanchâtre reposant sur une base rosée, cette pustule s'est ouverte, l'ulcération au lieu de se cicatriser s'est étendue. Le 12 novembre, c'est une ulcération ovulaire, à grand axe transversal de la taille d'une pièce de 50 centimes, elle est bien limitée par un rebord rouge légèrement saillant, le fond est lisse, rosé, un peu creux au centre, il est suintant; l'ulcération repose sur une base indurée et est le centre d'une rougeur inflammatoire mal limitée à sa périphérie. Il existe en outre plusieurs papules à surface rosée, luisante, siégeant à la face interne de la cuisse au-dessous de l'ulcération.

Dans le pli de l'aîne gauche, on sent une adénopathie typique avec plusieurs ganglions petits, durs, roulant sous le doigt, et un ganglion plus volumineux, arrondi, bien limité. L'examen ultra microscopique montre la présence de tréponèmes dans l'ulcération de la cuisse.

On est donc en présence d'un chancre syphilitique ; mais la malade insiste sur le fait qu'elle a une autre ulcération dans le vagin; l'examen avec le speculum montre, sur la face inférieure du vagin, au niveau environ de son tiers moyen, une ulcération de la taille d'une pièce de un franc, de forme arrondie, n'entamant que très légèrement la muqueuse, dont le fond est recouvert d'un enduit sanieux jaunâtre et dont la base a une induration cartonnée. Il s'agit d'un autre chancre syphilitique où l'ultra microscope décèle également la présence de tréponèmes.

Les réactions sérologiques pratiquées le 12 novembre donnent les résultats suivants: Wassermann avec extrait simple ++, avec extrait cholestériné +++ ; Flocculation par la méthode de Vernes 64, méthode Kahn standard ++++, Meinicke +++.

C'est donc là une observation typique de chancre de la face inférieure du vagin. Etant donné le début très

spécial du chancre de la partie supérieure de la cuisse par une pustule qui s'est ulcérée et indurée secondairement, on est en droit de se demander si le chancre du vagin n'a pas existé le premier et si la pustule de la cuisse ne s'est pas syphilitisée secondairement.

Traitement: les 12, 13 et 14 novembre, injection de 75 centigrammes de novarsénobenzol; à partir du 17 novembre, une injection de Quinby tous les deux jours.

Le 29 novembre, les chancres, aussi bien celui de la cuisse que le chancre vaginal, sont complètement cicatrisés; il ne reste du chancre cutané qu'une tache cicatricielle pigmentée autour, les papules sont disparues; sur la face inférieure du vagin on ne retrouve plus aucune trace du chancre. Le 6 décembre, après 10 injections de Quinby, la série est interrompue. Le 11 décembre, les réactions sérologiques sont toujours positives; la malade quitte le service.

OBSERVATION IV

(DROUET)

Chancre découvert à l'occasion de l'apparition d'accidents secondaires.

M. Sch..., ouvrière en chaussures, âgée de 20 ans, se présente à la consultation de la clinique le 29 avril 1922 avec une roséole datant de deux jours environ. L'éruption est très caractérisée, l'état général est mauvais; la malade accuse une grande fatigue, de la courbature générale et une céphalée persistante à prédominance nocturne. On note une adénopathie généralisée.

Un examen superficiel ne montre aucune trace de chancre, ni sur les téguments, ni dans la gorge, ni dans la région vulvaire ou anale. Nous notons cependant à la vulve un peu de sang.

A l'examen du col utérin rien de particulier non plus;

en retirant le spéculum valves ouvertes, nous apercevons sur la paroi supérieure du vagin, un peu à droite de la ligne médiane et juste au tiers moyen, une ulcération arrondie, à bords nets, large comme une pièce de deux francs et saignant au contact du speculum. Il n'y avait pas de doute que nous nous trouvions en présence de l'accident initial de cette syphilis.

Le traitement par le néosalvarsan fut commencé le même jour et fit disparaître le chancre, mais lentement. Un examen au speculum pratiqué 19 jours après le début du traitement, nous montre qu'il persistait encore une petite lésion saignotante; ce n'est que 8 jours après qu'une nouvel examen nous montra une petite cicatrice large comme une pièce de cinquante centimes. Le chancre avait mis 3 à 4 semaines pour se cicatriser, c'est-à-dire beaucoup plus longtemps qu'il n'est normal de le constater pour un accident primaire.

OBSERVATION V

(SPILLMANN et GRÉHANGE)

*Chancre du vagin érosif avec induration nette,
sans adénopathie inguinale.*

M.Q., 21 ans, femme inscrite; soumise au contrôle médical deux fois par semaine. Elle aurait remarqué, depuis 8 jours, un léger écoulement de sérosité sanguinolente par la vulve. Elle a réussi à se soustraire à l'une des visites bihebdomadaires en prétendant être réglée. Examinée par le médecin municipal le 3 mars 1926, elle est hospitalisée le même jour.

Nous ne relevons aucun signe d'hérédo-syphilis. Les réactions de Bordet-Gengou syphilitiques, pratiquées antérieurement, et en particulier un mois auparavant, ont toujours été entièrement négatives. Aucune lésion apparente au niveau des organes génitaux externes, de la

région anale, des lèvres, de la bouche. Aucune lésion cutanée. A l'examen au speculum on voit, sur la paroi latérale gauche du vagin, à deux centimètres environ du fond du cul-de-sac latéral, une exulcération de forme ovulaire, de 6 millimètres sur 4 environ, à surface lisse, unie, de couleur rouge vif: « chair musculaire ». Au toucher, on perçoit une induration assez nette qu'on met mieux encore en évidence lorsqu'on cherche à saisir la lésion entre les mors d'une pince. Aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée. Métrite cervicale légère. Il n'existe aucune adénopathie inguinale. L'examen du produit de raclage (ultra-microscope et Giemsa) montre de nombreux tréponèmes pâles. Le diagnostic qui s'impose est celui de chancre syphilitique intravaginal.

Le traitement antisyphilitique par intraveineuses arsenicales est aussitôt institué et amène rapidement la cicatrisation de ce chancre. Bien que la malade ait été suivie avec beaucoup d'attention, à aucun moment nous n'avons pu constater l'apparition de roséole ou d'accidents muqueux.

OBSERVATION VI

(VILLARD, GATÉ, BOYER et CUILLERET)

Chancre géant du vagin avec forte induration.

Syphilides secondaires.

H., née B., 43 ans, entre à l'hôpital de la Charité pour cystocèle; elle présente en outre une ulcération vaginale qu'elle a traitée par des applications iodées. A l'entrée on est frappé par l'aspect de cette ulcération: celle-ci, facilement visible du fait de la cystocèle, siège sur la paroi vaginale supérieure; ses dimensions atteignent largement celles d'une pièce de cinq francs; ses bords arrondis, non saillants, non décollés, se distinguent avec netteté de la muqueuse saine. Le fond de l'ulcération est très

légèrement saillant, semé de petits bourgeons d'aspect vernissé, non saignotants. Au palper l'ulcération, peu douloureuse, repose sur une base fortement indurée. Au niveau de la paroi latérale droite du vagin, à peu de distance de la grande lèvre, on constate en outre une deuxième ulcération, beaucoup moins volumineuse, à base peu indurée. Sur la surface cutanée des grandes lèvres, il existe plusieurs syphilides papulo-érosives. Adénopathie syphiloïde inguinale bilatérale. Pas de roséole, mais la région mentonnière est le siège de syphilides élégantes multiples.

La recherche du tréponème est positive au niveau de l'ulcération vaginale supérieure. Le B. W. est positif dans le sang.

Il s'agit donc d'un accident primitif géant de la paroi vaginale supérieure. L'aspect de la deuxième ulcération constatée au niveau de la paroi vaginale latérale est plus en faveur d'un accident primitif que d'une manifestation syphilitique secondaire, si bien qu'il y a toutes probabilités pour que notre malade présente deux chancres concomitants.

OBSERVATION VII

(JOULIA et ARNAULD) résumée

Chancre du vagin ulcéreux à bords surélevés et induration cartilagineuse, avec adénite inflammatoire.

P. A., 30 ans, prostituée: adénite inguinale gauche à réaction inflammatoire, volumineuse et douloureuse spontanément, au moindre mouvement et à la pression, la malade marche difficilement; malgré la douleur et l'empâtement, la palpation montre un gros ganglion du volume d'une noix, entouré de ganglions plus petits; l'examen au speculum montre sur la partie antérieure et supérieure du vagin, à deux à trois centimètres de

l'isthme, une ulcération de la dimension d'une pièce de un franc, à bords réguliers, légèrement surélevés, à fond rouge, légèrement mamelonné, laissant exsuder une abondante sérosité. L'ulcération, de consistance dure, donne l'impression d'un néo-ulcéré reposant sur une base indurée. Ultra + +. B. W. douteux. Après réactivation B. W. + +. Guérison assez lente.

OBSERVATION VIII
(JOLIA et ARNAULD) résumée

Chancre du vagin ulcéreux à contours surélevés et induration ferme, chancre de la petite lèvre gauche, chancre du méat. Adénopathie inguinale.

T. M., 21 ans, sans profession: trois accidents primitifs, un à la face interne de la petite lèvre gauche, un au-dessous du méat; un troisième commence à un centimètre 5 du vestibule, développé de manière symétrique sur la face supérieure du vagin: ulcération cratériforme, ovale, mesurant environ deux centimètres de diamètre sur un centimètre, fond jaunâtre, recouvert d'un enduit d'aspect sanieux, contours surélevés; induration ferme, néoplasique. Polyadénopathie inguinale assez volumineuse, surtout marquée à gauche. B. W. + +. Guérison rapide.

OBSERVATION IX
(JOLIA et ARNAULD) résumée

Chancre géant du vagin à type néoplasique

V., 21 ans, cuisinière: orifice vaginal rouge, congestionné, laisse suinter un écoulement sanguinolent; l'entrée du vagin est obstruée par une masse bourgeonnante et saignant facilement.

Le doigt se fraye péniblement un passage, tant le vagin est rétréci et l'examen douloureux à travers une masse de dureté ligneuse qui l'enserme de tous les côtés; cette

masse bourgeonnante, de bourgeons plutôt durs qu'on sent ulcérés par place, s'étend circulairement sur tout le tiers antérieur du vagin et le doigt perçoit au-delà une sensation de liberté relative. Ces caractères locaux rappellent ceux d'un cancer du vagin qui serait à la fois infiltré annulairement et végétant. Par ailleurs, légère adénopathie inguinale non douloureuse, mobile. B. W. + +. Par le traitement, 15 jours après la paroi a retrouvé toute sa souplesse.

OBSERVATION X

(JOLIA et ARNAULD) résumée

Chancre du vagin à aspect de lésion traumatique banale, sans adénopathie inguinale.

B. G., 26 ans, sans profession : sur la face inférieure du vagin, environ au tiers moyen, ulcération chancriforme de 50 centimètres environ ; lésion arrondie, sécrétant peu, indolore ; pas d'induration caractéristique au toucher ; pas de ganglions dans les aînes. Ultra négatif. B. W. négatif. Malade mise en observation.

8 jours après : Ultra négatif ; B. W. négatif.

11 jours après : Ultra négatif . B. W. positif.

Le traitement donne une guérison rapide, cicatrice blanchâtre.

OBSERVATION XI

(JOLIA et ARNAULD) résumée

Chancre du vagin à type érosif avec adénopathie inguinale.

M. J., 23 ans, prostituée : à 2 centimètres environ de la paroi vaginale du cul-de-sac, vers 7 heures, existence d'un chancre, exulcération grande comme un franc, plane ou légèrement convexe, non anfractueuse, à bords

non décollés, recouverte d'un enduit diphtéroïde. Au toucher on sent cette ulcération à la partie moyenne du vagin, de consistance parcheminée, indolore. Adénopathie inguinale légère. Ultra ++. B. W. ++. Par le traitement disparition d'abord de l'enduit diphtéroïde, la lésion apparaissant comme une ulcération à l'emporte-pièce. Guérison rapide, cicatrice nacrée, souple.

OBSERVATION XII

(JOULIA et ARNAULD) résumée

Deux chancres du vagin, l'un à type érosif, l'autre ulcération légère sans induration. Chancre de la petite lèvre gauche. Chancre de la petite lèvre droite. Chancre du col utérin. Adénopathie inguinale.

T. G., 20 ans, serveuse : dans le cul-de-sac inférieur, une érosion rouge, circulaire, comme 50 centimes. Sur la paroi latérale gauche et postérieure un chancre légèrement ulcéreux, rougeâtre, à fond grisâtre, ovalaire et de la surface d'une grosse amande. Adénopathie inguinale bilatérale avec gros ganglions durs, mobiles et indolores. Ultra ++. B. W. ++. Guérison rapide, très petites cicatrices blanchâtres.

OBSERVATION XIII

Chancre du vagin légèrement ulcéreux avec base légèrement indurée. Chancre du col. Accidents secondaires. Adénopathie inguinale.

B. L., 26 ans, prostituée : plaques muqueuses des grandes lèvres; sur la paroi latérale droite du vagin, au niveau de la partie postérieure, ulcération ovalaire à grand axe antéro-postérieur, à contours assez réguliers, à fond rouge légèrement induré au toucher. Accidents pri-

mitifs et secondaires sur le col. Adénopathie inguinale bilatérale de type syphilitique. Ultra + +. Syphilides papuleuses des bras. Le chancre se cicatrise rapidement sous l'influence du traitement sans laisser de traces.

OBSERVATION XIV

(JOULIA et ARNAULD) résumée

Deux chancres du vagin, petites ulcérations sans induration nette. Deux chancres anaux. Chancre du col. Adénopathie inguinale.

G. M., 20 ans, prostituée : augmentation de volume des ganglions inguinaux des deux côtés, surtout à gauche, où un ganglion du volume d'une petite noix, entouré de 5 ou 6 un peu moins gros, roule sous le doigt. Au niveau du cul-de-sac supérieur droit, une petite ulcération lenticulaire recouverte d'un enduit jaunâtre. B. W. négatif. Ultra négatif.

10 jours après : B. W. + + ; pas de modifications des lésions.

4 jours après : phénomène d'arséno réactivation : lésions plus turgescents, contours plus foncés ; la grande lèvre gauche est le siège d'un œdème localisé, dur, sensible à la pression, paraissant un relais lymphatique vers les ganglions signalés plus haut.

3 jours après : la zone circonférentielle turgescence, rouge foncé, rend plus évidente la partie centrale de forme ovalaire recouverte d'un épais enduit de couleur crème ; en dépliant la paroi supérieure du vagin à son union avec la partie supérieure du col, on découvre avec surprise une nouvelle ulcération lenticulaire recouverte d'un léger enduit jaunâtre.

4 jours après : chancres moins saillants, moins rouges à la périphérie, moins étalés.

Puis guérison, 2 semaines après disparition totale des chancres. Surface un peu plus sombre à l'endroit du chancre, mais consistance normale.

Etude clinique du chancre syphilitique des parois vaginales

Avant de reprendre chacun des caractères cliniques du chancre des parois vaginales à l'aide des observations que nous venons de rapporter et des publications faites par différents auteurs, nous rappellerons ce qu'en dit Jeanselme dans son traité de la syphilis:

« Si l'on s'en rapporte, écrit-il, aux cas relatés par Lhuillier (Thèse, Paris, 1923), le siège le plus fréquent serait le tiers postérieur, puis le tiers antérieur; enfin, beaucoup plus rarement le tiers moyen du conduit vaginal.

L'unicité est habituelle, mais les chancres multiples sont loin d'être exceptionnels.

C'est en retirant doucement le speculum que l'on voit apparaître sur la muqueuse vaginale, glissant sur l'extrémité d'une des valves, le chancre. De forme arrondie, parfois irrégulière, il présente des bords assez nets; le fond est rouge chair musculaire, ou, au contraire, gris jaunâtre. L'induration est variable, en général très passagère. L'adénopathie, si l'on en croit Gardillon (Thèse, Paris, 1881), siège dans l'aîne quand le chancre est situé dans le tiers antérieur du

vagin, dans les ganglions du bassin quand le chancre est situé plus loin sur la muqueuse vaginale. Les exceptions à cette règle ne manquent pas, et l'on a signalé des chancres du tiers antérieur qui ne s'accompagnent pas d'adénopathie inguinale.

L'évolution du chancre syphilitique du vagin serait assez brève pour Gardillon, normale pour d'autres. Dans certains cas le chancre aurait duré près de deux mois (Bockardt et Barbiani), dans d'autres plus de trois mois (Nielsen).

Siège : sans nous occuper d'abord de la profondeur à laquelle est situé le chancre, sur quelle paroi siège-t-il le plus fréquemment ? Pour Rille, pour Lakaye ils sont plus fréquents sur la paroi inférieure ; Lakaye sur 16 chancres relevés par lui en trouve 10 sur la paroi inférieure, 2 sur la paroi supérieure, 4 n'ayant pas de désignation précise. Quant à nous, il nous semble que la paroi supérieure est une localisation à peu près aussi fréquente que la paroi inférieure, puisque sur 14 observations que nous rapportons, correspondant à 17 chancres vaginaux, nous observons 6 chancres de la paroi supérieure, 6 chancres de la paroi inférieure, 4 chancres des parois latérales, un chancre annulaire.

En ce qui concerne la profondeur il ne nous paraît pas que ces chancres aient une localisation élective pour telle ou telle partie ; en particulier la localisation sur le tiers moyen, considérée comme particulièrement rare, s'est montrée aussi fréquente que celles sur le tiers postérieur ou sur le tiers antérieur ; dans

nos 14 observations, le ou les chancres (dans les cas de chancres multiples, ces chancres siégeant chaque fois à peu près à la même profondeur) sont situés 3 fois sur le tiers moyen, 5 fois sur le tiers postérieur, 4 fois sur le tiers antérieur.

Nombre. — Nicolas dans son travail sur la syphilis écrivait : « L'unicité, donnée autrefois comme un caractère essentiel du chancre syphilitique est loin d'être une règle absolue ; en réalité une fois sur trois en moyenne, les chancres syphilitiques sont multiples. On compte assez souvent deux ou trois chancres ». Cette constatation s'applique aussi bien au chancre du vagin ; si souvent le chancre vaginal reste unique, souvent aussi il coïncide avec d'autres chancres soit du vagin, soit des autres parties des régions génitales, en particulier le col utérin et la vulve :

Rille dans une statistique portant sur 21 malades ne constate que 10 fois un accident unique, 3 fois deux accidents vaginaux et 2 fois trois accidents vaginaux ; il a observé dans un cas jusqu'à neuf chancres vaginaux concomitants. Dans 7 cas il y avait des chancres des organes génitaux externes et du col utérin.

Sur nos 14 observations, 3 fois il y a deux accidents vaginaux et 5 fois des chancres concomitants occupant une autre région.

Les *dimensions* du chancre sont variables ; le plus souvent ils sont de la taille d'une pièce de 50 centimes ou d'un franc ; parfois très petits, lenticulaires ; ils dépassent très rarement la grandeur d'une pièce de deux francs ; dans une des observations que nous

rapportons le chancre atteint la dimension d'une pièce de cinq francs, c'est un cas exceptionnel.

Leur *forme* est arrondie ou ovale, le contour est en général régulier.

Les bords n'ont pas toujours le même aspect :

Absents lorsque le chancre est érosif,

Ils sont taillés à l'emporte-pièce lorsque le chancre est ulcéreux ou légèrement ulcéreux ce qui est le cas le plus fréquent,

Ils sont parfois plus ou moins surélevés, lorsque le chancre repose sur une base nodulaire.

Le *fond* est le plus souvent lisse, parfois légèrement mamelonné ; sa couleur est en général rouge foncé, mais assez souvent il est grisâtre ou recouvert d'un enduit jaunâtre très adhérent.

Les scarifications nécessaires aux prélèvements pour l'examen ultramicroscopique font très peu saigner la plaie.

Autour du chancre, la muqueuse vaginale est saine, elle montre souvent un aspect légèrement radiaire, mais il n'y a pas de rougeur périphérique.

L'induration du chancre est extrêmement variable: souvent assez superficielle mais cependant nettement marquée et chondroïde ;

Elle est d'autres fois plus difficile à apprécier, simplement parcheminée ;

Dans certains cas, il a été impossible de la percevoir, parfois au contraire elle est extrêmement marquée, nodulaire, de consistance très ferme, voire même ligneuse.

Cette induration s'apprécie au toucher et en prenant le chancre entre les mors d'une pince.

Pas de signes fonctionnels dans la grande majorité des cas : le chancre du vagin, comme tout chancre syphilitique, s'il n'est pas infecté ou irrité est indolore ; il ne saigne pas spontanément, la femme a cependant parfois son attention attirée par un léger écoulement sanguinolent, mais c'est chose rare ; nous l'avons déjà dit, presque toujours seul un examen systématique le décele.

Adénopathie. — Lorsque les chancres siègent dans la moitié antérieure du vagin, elle s'observe d'une manière presque constante dans la région inguinale, à part quelques très rares exceptions ; elle est par contre très inconstante dans la région inguinale, une fois sur deux environ, lorsque les accidents sont situés dans la moitié postérieure ; ceci tient, comme l'ont démontré les recherches anatomiques sur les lymphatiques du vagin, à ce qu'il existe, mais de façon inconstante, des anastomoses entre les vaisseaux lymphatiques de la moitié antérieure du vagin qui se rendent aux ganglions inguinaux et ceux de la moitié postérieure qui se rendent aux ganglions hypogastriques.

Elle a en général les caractères typiques de l'adénopathie syphilitique assez volumineuse avec des ganglions durs, mobiles et indolores, dont l'un est de règle plus important que les autres.

Parfois cependant c'est une adénopathie de très petit volume.

Exceptionnellement elle revêt le type inflammatoire dû vraisemblablement à une association microbienne ou à une infection secondaire (Obs. VII).

EVOLUTION. — Sous l'influence du traitement la cicatrisation est presque toujours rapide ; le plus souvent au bout de deux semaines la muqueuse a repris son aspect normal ; il est même rare que l'induration lorsqu'elle a été particulièrement marquée persiste plus longtemps. Les chancres du vagin qui durent deux ou trois mois sont exceptionnels avec les méthodes actuelles de traitement de la syphilis. Quant à l'adénopathie inguinale elle peut demeurer pendant quelques semaines le témoin d'un chancre alors que celui-ci est cicatrisé. Cette cicatrice parfois blanche mais souple, est presque toujours si peu marquée qu'il est quasi impossible de la retrouver dans la suite.

FORMES CLINIQUES. — Nous venons de voir au cours de la description clinique les variations possibles de chacun des caractères du chancre ; nous ne reviendrons pas sur chacune d'elles, mais il faut cependant étudier quelques formes cliniques dues à ce que certains de ces caractères manquent ou prennent parfois une particulière importance.

D'après les dimensions. — Chancre nain, soit chancre fissuraire de la dimension d'un pépin de poire, soit chancre arrondi en grain de plomb. Rille en aurait observé, il doit être rare car nous n'en avons pas

relevé d'observations depuis, surtout il doit être particulièrement difficile à déceler.

Le petit chancre, lenticulaire, sans être exceptionnel, n'est pas très fréquent et siège surtout dans les culs-de-sac. Le chancre moyen de dimension d'une pièce de 50 centimes et le grand chancre atteignant ou dépassant légèrement celles d'une pièce d'un franc sont de beaucoup les plus fréquents.

Quant au chancre géant atteignant ou dépassant 5 francs, il est très rare, nous en avons rapporté une observation (VI).

D'après la profondeur de l'ulcération. — Le chancre érosif, sans bords, sans entamure du derme, ne tranchant du reste de la muqueuse que par le changement brusque de coloration se rencontre surtout au niveau des culs-de-sac.

Mais le plus fréquent est le chancre légèrement ulcéreux à bords nets, arrondis, non saillants.

Le chancre ulcéreux, véritablement creusant, est plus rare.

Nous n'avons pas relevé de cas de chancre térébrant.

D'après l'importance de l'induration. — Nous avons vu combien cette induration était variable. Nous n'insisterons que sur certains cas où, particulièrement développée, elle individualise une forme de chancre à aspect tumoral étudiée par Joulia : l'ulcération circonscrite par un véritable bourrelet a la forme d'un cratère, elle a souvent mauvais aspect, elle est grisâtre ou recouverte d'un enduit pseudo-membraneux, elle repose sur une base arrondie, d'une dureté ligneuse,

faisant une notable saillie au-dessus de la paroi vaginale. C'est le cas de l'observation VIII.

A un degré de plus nous avons relaté cette observation de Joulia et Arnould (Observation IX), chancre géant du vagin à type néoplasique où l'entrée du vagin était obstruée par une masse bourgeonnante et saignante, d'une dureté ligneuse, ulcérée par places, s'étendant annulairement sur le pourtour du tiers antérieur du vagin.

Chancre mixte. — Nous n'en avons relevé aucune observation certaine ; rien n'empêche qu'il existe, puisque le chancre mou, quoique beaucoup plus rarement que le chancre syphilitique, peut se développer sur les parois vaginales.

Chancre de la femme enceinte. — Pour terminer il nous faut signaler le cas particulier d'un chancre du vagin, survenant dans les dernières semaines chez une femme enceinte. On sait en effet que si la mère ne devient syphilitique qu'au huitième ou neuvième mois de la grossesse, l'enfant naît presque toujours indemne, mais il faudra songer aux possibilités de contamination du nouveau-né au cours même de l'accouchement par le contact direct du chancre. Bien entendu la mère aura été traitée dès la lésion reconnue ; il faudra faire son possible pour que l'enfant franchisse le plus rapidement possible la zone du chancre et dès sa sortie le nettoyer avec une solution antiseptique appropriée.

Diagnostic

Diagnostic positif

Il faut d'abord savoir découvrir la lésion et nous avons déjà vu que ce n'était pas toujours là chose facile, l'examen au spéculum est indispensable après le toucher vaginal, mais le chancre peut être caché dans un repli de la muqueuse, les valves du spéculum peuvent masquer l'ulcération, aussi importe-t-il de ne pas laisser le spéculum en place, il faut le déplacer dans tous les sens, en dépliant les replis des parois vaginaux, en démasquant successivement toute l'étendue de ces parois, inspecter les culs-de-sac, enfin regarder avec un soin aussi attentif le vagin que les replis des grandes et des petites lèvres et de l'orifice vulvaire.

Pour faciliter cet examen Lakaye préconise l'emploi du spéculum de Fergusson : « Cet antique instrument, dit-il, dont l'application correcte nécessite une certaine habitude, permet, en le retirant doucement, d'observer la muqueuse vaginale sur toute son étendue, tout comme on explore un urètre en retirant l'urétroscope de Luys ».

Joulia recommande l'emploi du spéculum grillagé « qui, dit-il, donnerait plus de jour que les deux val-

ves pleines du spéculum de Cusco et permettrait de procéder plus facilement à cet examen minutieux ».

Une fois la lésion dépistée, le diagnostic de chancre syphilitique est en général aisé, comme toujours il se fonde d'abord sur l'interrogatoire, puis sur l'examen clinique, mais les recherches de laboratoire doivent actuellement toujours venir confirmer le diagnostic : c'est d'abord la recherche du tréponème dans le chancre et qu'il convient de répéter si le résultat est négatif ; au besoin s'il y a une adénopathie on pourra faire une recherche des tréponèmes après ponction ganglionnaire ; ce sont ensuite les examens sérologiques.

Nous n'insisterons pas autrement sur toutes ces données qui sont les mêmes pour tous les chancres syphilitiques.

Nous ne parlerons pas non plus du traitement qui n'a rien de spécial pour le chancre du vagin ; nous rappellerons simplement qu'il est indispensable de faire un diagnostic le plus précoce possible pour instituer le traitement immédiatement, mais que ce diagnostic doit être établi sur des preuves indiscutables, car il ne faut jamais instituer un traitement antisyphilitique, sans avoir acquis le diagnostic avec certitude.

Diagnostic différentiel

Ulcérations traumatiques. — C'est un diagnostic qui peut se poser d'autant plus que le traumatisme est souvent invoqué par la femme : le chancre peut être

amorphe et l'adénopathie faire défaut (cas de l'observation X), une lésion banale peut s'indurer si elle est irritée ou infectée, enfin, alors même que la solution de continuité est irrégulière ou fissuraire, on ne se fiera pas aux apparences, car elle a pu servir de porte d'entrée au tréponème. Il faut donc ne se prononcer qu'après avoir suspendu tout traitement local, fait des examens bactériologiques réitérés, exercé une surveillance clinique attentive, et pratiqué, le moment venu, plusieurs réactions sérologiques.

Ulcérations caustiques. — De même le diagnostic pourrait se poser avec une ulcération caustique consécutive par exemple à une application de néofilhos sur le col, ayant touché par mégarde la paroi vaginale, ou encore due à une paillette de permanganate restée dans un repli de la muqueuse.

Erosions de vaginite. — La douleur, la suppuration abondante, l'inflammation de la muqueuse vaginale facilitent le diagnostic.

Ulcères aphteux. — Plaques jaune grisâtre, à contours irréguliers au milieu d'une muqueuse rouge et parsemée de vésicules. Ils sont peu fréquents, s'accompagnent en général des mêmes lésions au niveau de la bouche et de signes généraux.

Erosions herpétiques. — On les voit surtout dans la zone juxta-vulvaire — elles sont fréquentes. — L'herpès est précédé d'une sensation de cuisson, de prurit ; les exulcérations offrent des contours micro-polycycliques, l'éruption repose sur une nappe érythémateuse ; l'herpès des organes génitaux est d'ailleurs

souvent récidivant, mais cet herpès récidivant ne doit pas être tenu pour une lésion sans importance, car il expose les sujets qui en sont atteints à contracter la syphilis. L'herpès, dit Fournier, est un véritable « piège à chancres ».

Ulcérations tuberculeuses. — Rares — en général chez des bacillaires avérées — ulcérations à bords violacés, décollés, à fond atone parsemé de tractus grisâtres, à base molle.

Ulcérations néoplasiques. — Les chancres du vagin à forme hypertrophique peuvent en imposer pour une ulcération cancéreuse: l'âge de la malade, l'interrogatoire, l'atteinte de l'état général, l'écoulement fétide et hémorragique de règle en cas de cancer, les caractères cliniques de la lésion : bords durs, taillés à pic, base largement indurée, dans le cancer, orienteront le diagnostic. Mais celui-ci ne pourra être confirmé que par la recherche du tréponème et l'épreuve du traitement, ou une biopsie si la recherche du tréponème et les réactions sérologiques sont négatives.

Nous ne ferons que citer en passant des diagnostics exceptionnels comme l'*ulcère phagédénique de Clarke*, l'*ulcère rond simple du vagin de Zahn*, pour insister sur un gros diagnostic du chancre syphilitique, le chancre mou.

Chancre mou. — Beaucoup plus rare que le chancre syphilitique, il a des caractères propres. Incubation de courte durée, franchement ulcéreux, à contours irréguliers, ses bords sont taillés à pic, le fond est irrégulier, tomentueux, alvéolaire (Ricord), la sécrétion

est abondante et purulente, la base est molle ; quand il existe, le bubon est inflammatoire. Dans la sécrétion purulente on trouve le bacille de Ducrey. On confirme le diagnostic par une intra-dermo réaction au Dmelcos qui se montre positive, mais il faudra auparavant s'assurer que la malade n'a pas eu antérieurement de chancres mous.

Le diagnostic de chancre mou étant fait, il faudra surveiller la malade pour dépister tout au début l'apparition possible d'un chancre mixte, ne pas se contenter de surveiller cliniquement les modifications de l'ulcération, l'apparition d'une induration pas toujours facile à déceler, mais pratiquer la recherche du tréponème et des examens sérologiques.

Syphilide ulcéreuse. — Reste enfin la question du diagnostic entre le chancre primaire et un accident secondaire tel qu'une syphilide ulcéreuse : on tiendra compte des commémoratifs, de la notion d'un chancre antérieur, des accidents concomitants, de l'aspect de la lésion : les syphilides ulcéreuses ne s'accompagnent pas d'induration, sont en général multiples. Si une recherche de tréponèmes est positive en même temps qu'un B. W. négatif, on pourra affirmer la nature primaire de l'accident actuel.

Conclusions

I. — Le chancre des parois vaginales est beaucoup moins fréquent que le chancre du col utérin.

II. — Il semble plus fréquent chez la prostituée que chez les autres femmes ; chez celles-ci, il est probable qu'il est plus souvent méconnu.

III. — Le chancre du vagin méconnu peut expliquer un certain nombre de syphilis découvertes seulement à la période secondaire, de ces syphilis soi-disant sans chancre plus fréquentes chez la femme.

IV. — Une telle lésion constitue un grand danger de contamination : dépister un chancre du vagin de façon précoce, c'est traiter la femme dès le début de l'infection, mais c'est surtout soustraire une source de contagion d'autant plus redoutable qu'elle pourra demeurer ignorée pendant des semaines jusqu'au moment de l'apparition des accidents secondaires.

V. — La possibilité de ces chancres, le plus souvent ignorés de la femme, devra inviter médecins et sages-femmes à ne jamais faire de toucher à main nue.

Vu :

**LE DOYEN,
TIFFENEAU.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GOUGEROT.**

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

ROUSSY.

Bibliographie

- RICORD. — Mémoire sur quelques faits observés à l'hôpital des Vénériens. (*Mémoires de l'Académie de Médecine*, 1832, t. II, p. 161 ; Leçons sur le chancre, 1860.)
- JEANSELME. — Traité de la syphilis, t. I.
- CULLERIER. — Précis iconographique des maladies vénériennes, 1860, p. 240.
- LANCEREUX. — Traité historique et pratique de la syphilis, 1865, p. 81.
- Traité général de la syphilis, 1866.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes.
- CORNIL. — Leçons sur la syphilis, 1879.
- DE SINETY. — Manuel pratique de gynécologie, 1879.
- FOURNIER. — Leçons sur la syphilis de la femme, 1873, p. 69.
- Traité de la syphilis, 1899, t. I, p. 123.
- GARDILLON. — Essai sur le chancre du vagin. (*Thèse de Paris*, 1881.)
- HALLOPEAU et FOUQUET. — Traité de la syphilis, 1911.
- BOBRIE. — Les chancres extragénitaux chez la femme. (*Annales des maladies vénériennes*, 1914, p. 31.)
- RILLE. — Uber den syphilischen primäraffekt in der vagina. Franckfort, a M., 1896.
- COURTADÉ. — Ann. maladies vénér., 1917, p. 739.
- CAVAGNÈS. — Sifilomi multipli della vagina. (*Giornale italiano delle malattie veneree et della pelle*, 1915, p. 131.)

- NIELSEN. — Ein Fall von Syphilis mit Primäraffekt in der vagina. (*Dermatologische Wochenschrift*, février 1915.)
- MEYNET. — Chancre primitif intravaginal. (*Annales des maladies vénér.*, XVII, 1922, p. 614.)
- LHUILIER. — Contribution à l'étude du chancre syphilitique du vagin (*Thèse de Paris*, 1923.)
- DROUET. — Chancre du vagin. (*Bulletin de la Soc. de Dermat. et Syphil.*, 1924, R. N., p. 10.)
- SPILLMANN. — Accident primitif à localisation exceptionnelle, chancre intravaginal. (*Bullet. de la Soc. de Dermat. et Syphil.*, 1926, p. 446.)
- VILLARD et GATÉ, BOYER et CUILLERET. — Chancre syphilitique géant de la paroi vaginale antérieure. (*Bullet. de la Soc. Dermat. et Syphil.*, 18 juin 1931, R. L., 292, p. 1190.)
- LACASSAGNE et CHARPY. — Un cas de chancre du vagin. (*Bull. Soc. Dermat. et Syphil.*, janvier 1932, p. 80.)
- SÉZARY et LÉVY (G.). — Le chancre syphilitique du vagin et sa pathogénie. (*Revue de médecine*, décembre 1933, pp. 671-681.)
- RILLE. — Uber den syphilischen primäraffekt in der vagina. (*Dermatologische Wochenschrift*, 88, février 1929.)
- LAKAYE. — Sur la fréquence du chancre syphilitique du vagin. (*Annales des maladies vénériennes*, septembre 1931, pp. 655-659.)
- JOULIA. — Dépistage de la syphilis primaire chez la femme ; les chancres syphilitiques du col et du vagin, leur fréquence ; les syphilis méconnues consécutives à des accidents primitifs inapparents, facteurs de contamination chez les prostituées. (*Revue de la prophylaxie antivénérienne*, octobre 1935, pp. 600-617.)

- JOULIA, BARGUES et LÉONARD. — Certains facteurs de nombreuses contaminations: fréquence du chancre du col de l'utérus et du vagin chez les prostituées. (*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, juillet 1933, p. 1023.)
- JOULIA. — De la fréquence des chancres syphilitiques du col et des parois vaginales chez les prostituées. (*Paris Médical*, 7 mars 1936.)
- BELGODÈRE. — Sur un chancre du col. (*Ann. des malad. vénér.*, 1920, p. 716.)
- GLÜCK. — *Wie. med. Presse*, 1881, Bd. 22, p. 1006.
- BARBIANI. — Reazion acida del secreto vaginale. *Giornale italiano delle malattie veneree et della pelle*, 1900.)
- LEVADITI et VAISMANN. — Soc. franç. de Dermat. et Syphil., mars 1933, p. 429.
- LÉPINAY et LAFFORÊT. — Soc. franç. Dermat et Syphil., mars 1933, p. 435.
- SÉZARY, LÉVRY (G.) et LE BREUS. — Bull. franç. Derm. et Syphil., avril 1933, p. 538.
- TOURAINÉ, LORTAT-JACOB (E.) et RIBADEAU-DUMAS (Ch.). (*Bull. Soc. franç. Derm. et Syphil.*, avril 1933, p. 541.)
- LORTAT-JACOB (E.). — Question de l'acidité de la sécrétion vaginale et causes de la rareté du chancre vaginal. (*Journal de médecine des praticiens*, juillet 1934, pp. 482-486.)
- GELHORM et EHRENFERT. — Annales des malad. vénér., 1916.
- ARNAULD. — Le chancre syphilitique du vagin. (*Thèse de Bordeaux*, 1932.)
- JEANSELME. — Traité de la syphilis. t. III.
- NICOLAS. — Syphilis, t. IV. Nouveau traité de médecine, Roger et Vidal, 1920.

- LANCHA-FAL. — Chancre syphilitique de la tête chez un nouveau-né contaminé pendant l'accouchement. (*Ann. des malad. vénér.*, 1919, p. 64.)
- SWEND LANHOLT. — Trois cas de contagion syphilitique au passage. (*Annales dermat. et syphil.*, 1921, p. 17.)
- AUDEMAR. — L'ulcère rond simple du vagin. (*Thèse de Paris*, 1931.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Historique	9
Pathogénie et étiologie	17
Observations	31
Etude clinique du chancre syphilitique des parois vaginales	43
Diagnostic	51
Diagnostic positif	51
Diagnostic différentiel	52
Conclusions	57
Bibliographie	59



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



